

介護保険 要介護・要支援認定 取消し申請書

氷見市長 あて

次のとおり申請します。

		申請年月日	令和 年 月 日
申請者	氏名	被保険者との関係	
	住所	〒 電話番号 —	

被 保 険 者	被保険者番号														申請年月日	年 月 日
	フリガナ												生年月日	明・大・昭 年 月 日		
	氏名												性別	男 ・ 女		
	住所	〒											電話番号	—		
	取消を求め る認定内容	要介護状態区分 1・2・3・4・5											要支援状態区分 1・2			
		有効期間											年 月 日 から 年 月 日 まで			

※ 現に受けている認定の取消しを申請した場合、認定の有効期限は申請日の前日までとなります。

提出 代 行 者	名称	該当に○ (地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・地域密着型介護老人福祉施設・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設)											
	住所	〒											電話番号

※家族・代理人等が代行申請する場合も、この欄に記載してください。  
 ※申請者が被保険者本人の場合は、住所欄の記載は不要です。

認定取消し理由	1	要介護等状態の回復による取消し
	2	医療の必要性があることによる取消し
	3	その他 ( )

※氷見市使用欄

備考	
----	--